



# BACHELOROPPGAVE

## **Sykepleie på tvers av kultur; hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?**

Navn: Birgit Marie Tjønntveit  
Kandidatnummer: 30

**Nursing across culture; what can hinder the interaction between nurses and Muslim patients?**

Antall ord: 6997

Bachelor i sykepleie

SK 152

Oktober, 2014

## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «Sykepleie på tvers av kultur; hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 30. Navn: Birgit Marie Tjønntveit

JA ☒ X\_      NEI ☐ \_\_

## **Sammendrag**

**Tittel:** Sykepleie på tvers av kultur; hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?

**Bakgrunn:** I løpet av studietiden opplever de fleste studenter at det er visse felt og hendelser som gjør at man interesserer seg ekstra. En av de tingene som både har fått meg til å undre og føle meg usikker, samtidig å føle mestring er nettopp forholdet mellom sykepleiere og muslimske pasienter. Mine erfaringer rundt dette oppstod under mine sykehuspraksiser og praksis på et norsksenter for asylsøkere. Jeg ønsket å tilegne meg mer kunnskap på dette området så derfor falt valget på denne problemstillingen.

**Problemstilling:** Hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Den baserer seg på kunnskap fra forskning og teori, samt egne erfaringer fra praksis i drøfting av problemstillingen.

**Oppsummering:** Ved å drøfte litteratur og forskning opp mot mine egne meninger og erfaringer har jeg kommet fram til at god kommunikasjon og kunnskap om den muslimske tro er viktig i møte med muslimske pasienter. Likevel kommer man ikke utenom at man må ha gode holdninger og være seg selv bevisst i møte med denne pasientgruppen. Det er viktig at sykepleieren har god nok kompetanse om den muslimske tro. Samtidig må man huske på at alle er individ med ulike behov selv om man er muslim, men at de «ekstra» behovene muslimske pasienter har med tanke på deres livsutfoldelse vil spille en viktig rolle i sykepleieutførelsen og samspillet mellom disse to partene.

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| 1.0 Innledning.....  | 1  |
| 1.1 Problemstilling.....   | 1  |
| 1.2 Avgrensning av problemstilling .....   | 1  |
| 1.3 Grunnlag for valg av tema .....  | 2  |
| 1.4 Oppbyggingen av oppgaven .....   | 2  |
| 2.0 Metode .....   | 2  |
| 2.1 Søkeprosessen.....   | 3  |
| 2.2 Bøker .....  | 3  |
| 2.3 Forskning .....  | 3  |
| 3.0 Teori.....   | 4  |
| 3.1 Presentasjon av forskningen .....  | 5  |
| 3.1.1 «Muslims in Australian Hospitals; The Clash of Cultures» .....                           | 5  |
| 3.1.2 «Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives» .....        | 5  |
| 3.1.3 «Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter» .....                           | 6  |
| 3.2 Sykepleie.....   | 7  |
| 3.3 Kultur .....   | 7  |
| 3.4 Stereotypier, fordommer og kulturalisme .....  | 8  |
| 3.5 Transkulturell sykepleie.....  | 9  |
| 3.6 Grunnleggende prinsipper ved kommunikasjon .....   | 9  |
| 4.0 Hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter? .....                 | 10 |
| 4.1 Hvordan forholde seg til pasientens utøvelse av tro? .....                                 | 10 |
| 4.2 Hva når pasientens praktisering av tro vanskelig kan innlemmes i sykehusets rutiner? ..... | 11 |
| 4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....  | 13 |
| 4.4 Kunnskap, kompetanse og tilpassing .....   | 15 |
| 5.0 Konklusjon .....   | 17 |
| Litteraturliste .....  | 19 |

## **1.0 Innledning**

Norge blir et mer og mer flerkulturelt samfunn. Dette innebærer tilskudd av nye og ulike kulturer, religioner og trosretninger. Man kan ikke vite hvor mange i Norge som tilhører de forskjellige kulturene og religionene da det ikke blir ført noen register på dette. Men ut ifra beregninger fra Statistisk sentralbyrå bygget på tros- og livssynssamfunn som får statstilskudd var det per 1. januar 2013 120 882 medlemmer i islamske trossamfunn (Daugstad & Østby, 2009; Statistisk sentralbyrå, 2013). Som sykepleier skal man kunne møte alle slags mennesker i alle slags livssituasjoner på en sensitiv og tillitsskapende måte, men dette forutsetter også at man har kunnskap som går forbi det faglige og kliniske. Dette er i hvert fall den meningen jeg gikk inn med da jeg bestemte meg for å skrive om samhandling mellom sykepleier og muslimske pasienter. Dette fordi jeg mener at man også må ha kunnskap om den muslimske tro for å forstå og samarbeide godt med pasienten. I mine praksiser har jeg møtt mange svært dyktige sykepleiere, men som både jeg og de følte at kom for kort når det gjelder å møte og samarbeide med muslimske pasienter. Mitt mål med denne oppgaven er å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan jobbe og opptre for å oppnå en god samhandling med pasienter fra den islamske tro ved å se på hva som kan hindre samspillet.

### **1.1 Problemstilling**

Hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?

### **1.2 Avgrensning av problemstilling**

Som sykepleier treffer man på muslimske pasienter overalt i helsesektoren, men jeg har valgt å avgrense det til sykehus. Dette fordi det er der jeg selv har mest erfaring på dette område og fordi det kanskje er her man treffer de mest i løpet av en dag og må dekke flere behov. Jeg så det ikke nødvendig for oppgaven å presisere hvilken avdelingen på sykehus. Muslimske pasienter i denne oppgaven vil omhandle voksne menn og kvinner, men det har ikke blitt lagt noe vekt på opprinnelsesland eller spesifikke muslimske trosretninger. Det samme gjelder sykepleierne.

### 1.3 Grunnlag for valg av tema

I løpet av studietiden opplever de fleste studenter at det er visse felt og hendelser som gjør at man interesserer seg ekstra. En av de tingene som både har fått meg til å undre og føle meg usikker, samtidig å føle mestring er nettopp forholdet mellom sykepleiere og muslimske pasienter. Mine erfaringer rundt dette oppstod under mine sykehuspraksiser og praksis på et norsksenter for asylsøkere. Mitt mål med denne oppgaven er å tilegne meg mer kunnskap om hvordan samhandle med muslimske pasienter, hvilke fallgruver som finns og hvordan oppnå best mulig samarbeid med de aktuelle pasientene. Det jeg har erfart og ser på som sannsynlige utfordringer er religiøse ritualer, språk og kommunikasjon, pårørende, samt forventningene de to partene har til hverandre.

### 1.4 Oppbyggingen av oppgaven

I kapittel to vises framgangsmåten brukt for å finne forskningsartiklene og litteratur. Her beskrives også hva som ble sett på som viktig i søkeprosessen og kort om artiklene.

I kapittel tre forklares det litt mer om artiklene og deres svakheter og styrker. Det blir også lagt fram annen teori som er ment for å belyse, drøfte og finne svar på problemstillingen.

Kapittel fire er drøftingen der nevnt teori og artikler vil være med på å underbygge personlige meninger og påstander for å finne svar på problemstillingen.

Tilslutt i kapittel fem vil jeg komme med en konklusjon av problemstillingen.

## 2.0 Metode

Ifølge Dalland (2012) er metode en fremgangsmåte man velger seg for å finne kunnskap eller etterprøve påstander, og at man da skal kunne svare på problemstillingen på best mulig måte som følge av valgt metode. I denne oppgaven ble det mest naturlig å basere seg på allerede eksisterende litteratur innenfor emnet. Forskningen som er valgt ut består av både kvantitative og kvalitative studier. Dette har blitt valgt på grunnlag av at det ikke bare er viktig med deltagerne sine opplevelser, men også å se på hva flertallet mener. Kvantitativ metode gir den muligheten at man blant annet kan få målbare enheter, at en går i bredden, kan finne det representative og at fenomenet som blir forsket på blir sett utenifra (Dalland, 2012). Kvalitativ metode derimot gir oss muligheten til å oppfatte meninger og opplevelser som ikke kan måles med tall. Denne metoden går i dybden, får frem det som er avvikende

eller spesielt og forsker direkte i kontakt med det gjeldende feltet, slik at fenomenet da blir sett innenfra (Dalland, 2012).

## 2.1 Søkeprosessen

Det som var viktig under prosessen var å finne seriøse og kvalitetssikre kilder så jeg holdt meg da til skolen sine anerkjente databaser, samt bibliotek, når jeg søkte. Brukte også sykepleien.no da denne nettsiden er direkte knyttet opp til min framtidige profesjon og faglig relevant for oppgaven. Jeg søkte også på Lovisenberg Diakonale Høgskole sine biblioteksider. Grunnen til dette var at jeg ønsket å se om jeg fant noen studier gjort av Ingrid Hanssen som jeg vet har skrevet mye om tema jeg tar utgangspunkt i og har samarbeidet med denne skolen. Når det kommer til bruk av primærkilder har jeg ikke vært så fokusert på dette. Grunnen er at mange av de bøkene jeg har tatt i bruk er fra pensum og ikke alle er primærkilder, så siden høgskolen foreleser og gir eksamener ut i fra disse syns jeg de er godkjente kilder å bruke.

## 2.2 Bøker

For å finne bøker til denne oppgaven startet jeg først med å gå over pensumlitteraturen til min høgskole. Det var ingen spesifikke bøker innenfor sykepleie og muslimske pasienter. Jeg valgte da å søke på Bibsys Ask via biblioteket sin nettside med søkeordene «innvandrere» og «sykepleie» og fikk 57 treff. Ut i fra disse valgte jeg meg «Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn» av Ingrid Hanssen (2005). Da jeg gikk for å finne boken så fant jeg også andre bøker i hyllen som virket relevante for min oppgave. Valget falt på tre bøker; «Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn» av Hanssen (2005), «Møter mellom mennesker – innføring i interkulturell kommunikasjon» av Dahl (2013) og «Sykeplejens fundament 1» av Bydam & Hansen (2005). Jeg har også fått lov av Siv Førde til å bruke en Power Point hun brukte under en seminardag vi hadde, samt at hun sendte en relevant Power Point hun hadde vist for tidligere kull.

## 2.3 Forskning

Denne litteraturstudien bygger på blant annet forskning funnet på Pubmed og Medline. Fokuset i søkeprosessen var å finne forskning som kunne vise begge sider, både sykepleier og pasient, hva som er utfordrende og hvordan jobbe for å minske de eventuelle problemene. Jeg gjorde ingen spesielle avgrensninger utenom å krysse av for «full text» på

noen av søkene. Det jeg også prøvde på var å finne oversiktsartikler som er gode kilder med tanke på at det er forskning oppsummert innenfor et tema og kan identifisere problemer og sammenhenger (Dalland, 2012). Dette var dessverre ikke mye å finne av. Det ble ikke lagt noen begrensinger på årstall da jeg mener at på et slikt tema som dette er det lite kunnskap som kan være utdatert da problemstillingen er relativ ny. Når jeg søkte så jeg også at det meste av forskning ikke var eldre enn 15 år.

De søkene som nå presenteres er de som ble gjort for å finne hovedartiklene. På PubMed søktes det med ordene «cultural diversity» + «nursing» + «islamic» og fikk 54 treff. Der fant jeg en fagartikkel fra Australia; Muslims in Australian Hospitals; The clash of cultures som beskriver problemene muslimer møter på sykehus i forhold til hvordan deres livsstil kan være vanskelig å kombinere med vestlig helsevesen.

På Medline fant jeg en forskningen «Patient-centered care for muslim women; provider and patient perspective» med søkeordene «patient» + «muslim» + «provider». Denne studien ville finne ut om det var samsvar mellom pleiere og kvinnelige muslimske pasienter i forhold til deres syn på hva som er utfordrende i møte mellom de to partene, og om de hadde likt syn på hva som kunne hjelpe på utfordringene. Forskningen ønsket også å være et supplement for å kunne forstå pleierne sitt syn på utførelsen av pleie de gav til muslimske kvinner.

Som nevnt ble det søkt på nettsiden til Lovisenberg Diakonale Høgskole for å finne artikler av Ingrid Hanssen. Jeg søkte da på navnet «Ingrid Hanssen» og krysset av for norske artikler og fikk opp «Sykepleiers kompetanse om etniske minoritetspasienter». Studien går ut på å kartlegge kompetansen til sykepleiere relatert til etniske minoritetspasienter, og da særlig hvordan sykepleierne selv ser på sin kompetanse, men også i forhold til antall års arbeidserfaring.

### **3.0 Teori**

I teoridelen vil det bli lagt fram det jeg mener er viktig å ha som grunnlag for oppgaven og videre drøfting.



### 3.1 Presentasjon av forskningen

#### 3.1.1 «Muslims in Australian Hospitals; The Clash of Cultures»

«Muslims in Australian Hospitals; The clash of cultures» av Nooredin Mohammadi, David Evans & Tina Jones (2007) er en fagartikkel skrevet av australsk helsepersonell som beskriver problemene muslimer møter på sykehus og hvordan deres livsstil kan være vanskelig å kombinere med vestlig helsevesen. Artikkelen setter og lys på hvordan vi som helsepersonell best kan møte deres behov. Funnene er at pleien må bli kulturelt og individualisert tilpasset som følge av et flerkulturelt samfunn.

Når det kommer til denne fagartikkelen og dens svakheter er det muligens et problem at den er basert på Australia og australsk helsevesen. Selv om Australia er et vestlig land som har mange likheter med Norge, har vi som land forskjellig historisk bakgrunn. Dette kan påvirke hva artikkelen legger i ordet 'kulturelle forskjeller' innad i landet og sammensetningen av muslimer, etniske og de mange andre kulturene enn hvis artikkelen hadde vært utarbeidet i Norge. Den andre svakheten kan være at arbeidet forfatterne har gjort er basert på en donasjon fra helsedepartementet i Iran og Universitetet i Iran for Medisinsk forskning.

Styrkene i denne fagartikkelen er for det første at den er utgitt i «International Journal of Nursing Practice» som sier noe om gyldigheten til artikkelen. Den andre er at den viser til hvordan den muslimske troen utfolder seg i hverdagen og hvordan den kan bli vanskeliggjort i de daglige rutinene på et sykehus.

#### 3.1.2 «Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives»

«Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives» av Memoona Hasnain, Karen J. Connell, Usha Menon & Patrick A. Tranmer (2011) er en amerikansk forskning bestående av både kvalitativ og kvantitativ datainnsamling. Forskningsartikkelen ville finne ut om det var samsvar mellom pleiere og kvinnelige muslimske pasienter i forhold til deres syn på hva som er utfordrende i møte mellom de to partene, og om de hadde likt syn på hva som kunne hjelpe på utfordringene. Forskningen ønsket også å være et supplement for å kunne forstå pleierne sitt syn på utførelsen av pleie de gav til muslimske kvinner. Det de kom fram til var at begge parter identifiserte betydelige barrierer tilknyttet pleiere sin evne til å gi kulturelt tilpasset pleie til muslimske kvinner.

Forskningen viser også at det er nødvendig med utdanning og opplæring av både helsepersonell og pasienter.

Svakhetene i denne forskningen i forhold til min oppgave, er at den bare tar for seg muslimske kvinner, mens denne omhandler både menn og kvinner. Det som også viser seg som en svakhet er at antallet deltakere er lavt; helsepersonell (n=80) og kvinnelige muslimer (n=27). Alle deltakerne ble også spurt om å være med i studien under en todagers konferanse som omhandlet helse og pleie til muslimske kvinner som da viser at alle som deltok mest sannsynlig er interessert i dette temaet og kanskje ikke er representativt for alle sykepleiere eller muslimske pasienter. Det er også ikke bare sykepleiere som er med i denne studien, men alle former for helsepersonell. Det at de muslimske kvinnene ikke var innlagt på sykehus under denne studien kan også være en svakhet da det kan være veldig forskjellig fra person til person hvilke erfaringer de har med helsevesenet og det å være syk. Samtidig kan det være en svakhet at studien er en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode med tanke på gyldigheten av de målbare enhetene og dybden av den kvalitative delen når disse blandes, særlig med tanke på det lave antallet deltakere.

I forhold til styrkene til denne studien er den første at den er etisk godkjent av en komité. Den andre styrken er at de har tatt med bakgrunnsopplysninger om deltakerne som blant annet kjønn, etnisitet, språk og utdanning. Dette kan være gode kilder for å tolke utfallet av studien. En annen styrke er at den viser til begge parter sine meninger og om det er samsvar mellom de.

### 3.1.3 «Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter»

«Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter» av Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen (2008) er en norsk studie bestående av kvantitative spørreskjema. Målet med denne studien var å kartlegge kompetansen til sykepleiere relatert til etniske minoritetspasienter, og da særlig hvordan sykepleierne selv så på sin kompetanse, men også å se på kompetanse i forhold til antall års arbeidserfaring. Det som går igjen av funn i de forskjellige punktene de undersøkte var mangel på kunnskap og opplæring. Et annet område som vanskeliggjorde sykepleierne sine møter med minoritetspasientene var oppbyggingen og rutinene på det gjeldene sykehuset i forhold til blant annet bruk av tolk og

kostholdstilrettelegging. Det ble også gjort funn som gikk på etiske utfordringer i tilknytning til minoritetspasientene og de etnisk norske pasientene.

Svakhetene med denne studien i forhold til oppgaven er at den tar for seg etniske minoritetspasienter og ikke bare muslimske som denne gjør, så alle funn er kanskje ikke like relevante eller beskrivende for muslimske pasienter. Det kan også være en svakhet at studien bare tar for seg sykepleiere på et spesifikk sykehus noe som gjør at det kanskje ikke er slik over alt i landet til tross for at helsevesenet skal være likt oppbygd.

Styrkene til denne studien er at den er utført på et norsk sykehus noe som gjør seg relevant til min oppgave. Det er også positivt at spørreskjemaene som er brukt er lag til som vedlegg. Studien er utført på etterspørsel av Klinikk for medisin ved Lovisenberg Diakonale Sykehus som mulig viser at de er ute etter å kvalitetssikre og eventuelt forbedre seg, samt at dette er et fokus som bare ikke forskerne merker seg er viktig.

### 3.2 Sykepleie

Ut ifra de yrkesetiske retningslinjene som sykepleiefaget bygger på, vil punkt nummer to; Sykepleieren og pasienten bli lagt vekt på i oppgaven. Hver enkelt pasient sin verdighet og integritet skal bli ivaretatt av sykepleieren. I dette inngår at man skal gi helhetlig sykepleie, ivareta pasienten sin autonomi og at pasienten ikke skal bli krenket (Norsk sykepleieforbund, 2011). I moderne sykepleie blir det lagt vekt på å gi pasienter helhetlig pleie. Alle aspekter av livet til en pasient spiller en rolle når det skal bli utført sykepleie, ikke bare de fysiske behovene. De fysiske, åndelige, psykiske og kulturelle dimensjonene av et menneske er sammenflettet og påvirker hverandre (As & Flaten, 2011). Som sykepleier er det viktig å strebe etter å dekke alle disse behovene. Å yte individualisert sykepleie med utgangspunkt i den enkelte pasients behov og ønsker er en grunnleggende og udiskuterbar verdi i sykepleiefaget (Hanssen, 2011). Men dette forutsetter en anerkjennende relasjon mellom pasient og sykepleier. For at dette skal kunne oppnås må sykepleieren verdsette pasientens erfaringer, kunnskap og forståelse i utformingen av sykepleien. Denne samhandlingen må da basere seg på likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet (Hanssen, 2011).

### 3.3 Kultur

Begrepet kultur har opp igjennom fått mange definisjoner og det kan virke som at det aldri vil bli enighet angående dette begrepet. I denne oppgaven vil kultur bli drøftet ut ifra to

definisjoner; «De ideer, de verdier, regler og normer som et menneske overtar fra den forrige generasjon og som man forsøker å bringe videre til neste generasjon uten for store endringer» av Arne Martin Klausen (Siv Førde, 28.01.2014). Den andre er det Richard Jenkins som har definert som at verken kultur eller etnisitet er noe folk «... 'har', eller noe de 'tilhører'. I stedet er det komplekse repertoar som mennesker erfarer, bruker, lærer og 'gjør' i sine daglige liv, og innenfor disse konstruerer de løpende en følelse av seg selv og en forståelse av sine medmennesker (Hanssen, 2005, s. 16). Kultur omhandler både det man tenker, føler og handler etter, men det betyr ikke nødvendigvis at alt det man gjør er identisk med kulturen (Siv Førde, 28.01.2014).

### 3.4 Stereotypier, fordommer og kulturalisme

'Bilder i våre hoder' er en forklaring den amerikanske journalisten Walter Lippmann gir begrepet stereotypier (Dahl, 2013). Med dette mener han at de oppfatningene vi har om andre mennesker ikke baserer seg på direkte, egne erfaringer, men gjennom andre kilder som gjør at vi danner oss antakelser om bestemte grupper og mennesker. Det er vanskelig å endre ens tanker rundt bestemte stereotypier, til og med etter et møte med den gjeldende gruppen. Dette fordi vi observerer det vi er forhåndsprogrammert til å se, så de blir fastlåst og oppfattet som sanne og uforanderlige (Dahl, 2013). Dette betyr ikke at all stereotyping er skadelig eller negativt, mange ganger kan det også være til hjelp. Derimot så forutsetter dette at de brukes bevisst, de er deskriptive, når det er en kjerne av sannhet i det og når det blir gitt rom til endringer underveis (Dahl, 2013). Stereotypier som er motstridene med disse områdene kan derimot være veldig skadelig å gå inn i en situasjon med et annet menneske i. Det kan da føre til fordommer.

Fordommer kan også kalles «frosne» stereotypier vi ikke er villig til å endre våre meninger rundt. Holdningene vi har tilknyttet fordommer kan hindre kommunikasjon og mellommenneskelig forståelse på grunnlag av at de motsetter seg muligheten for endringer (Dahl, 2013). Fordommer er et negativt ladet ord og kan sjelden bringe med seg noe positivt, det kan faktisk føre til annengjøring – redusere en person eller gruppe til et objekt ved å bare legge vekt på enkelte utvalgte trekk. Annengjøring satt i system kalles kulturalisme der vi forklarer en person eller gruppe sine handlinger og oppførsel på grunnlag av forutbestemte fordommer der kulturen reduseres til enkeltfaktorer som blir tildelt stor betydning. Det blir da ikke lagt vekt på mangfoldet innad i kulturen og de personene som er

med i den omtalte gruppen blir redusert til aktører som handler etter et bestemt mønster forutbestemt av deres kultur (Dahl, 2013).

### 3.5 Transkulturell sykepleie

Madeleine Leininger ønsker å videreutvikle sykepleien gjennom forskning i sykepleie hvor kultur gjør seg gjeldene og at disse to aspektene; sykepleie og kultur, skal være sammenvevet og helhetlig. Ønsket hennes er at med fokus på transkulturell sykepleie så skal man kunne legge vekt på hva som er spesielt med en gruppe mennesker sin kultur og dermed hva som skiller seg fra det som er allment (Mygind, 2005). I en verden der landegrenser ikke lenger er et like tydelig skille på dens kultur og folkeslag, kan denne retningen innenfor sykepleie være relevant. I møte med pasienter fra andre kulturer blir det da ifølge Leininger viktig med transkulturell sykepleie for å oppnå nødvendig forståelse av pasienten, siden man da setter sin egen kulturelle selvforståelse til side. Innenfor transkulturell sykepleie vektlegges det å finne ut av hva som er spesielt viktig for den pasienten man møter ut i fra kultur og ståsted i situasjonen (Mygind, 2005).

### 3.6 Grunnleggende prinsipper ved kommunikasjon

For å få et bedre innblikk i en samhandlingssituasjon kan det være lurt å være klar over, og nytte seg av, fire-perspektivmodellen for kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012).

Modellen består av egenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. I denne oppgaven har det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet blitt valgt bort da det ikke er så relevant hvis pasienten og sykepleieren ikke snakker samme språk og dermed ikke klarer å kommunisere. Dette fører igjen til at man da ikke kan kommunisere om kommunikasjonen som er det fjerde perspektivet (Røkenes & Hanssen, 2012).

Egenperspektivet er hvordan vi ser verden på fra vårt eget perspektiv på bakgrunn av egne erfaringer, vår personlighet, holdninger og kunnskap. Dette er med på å skape vår forståelse og selvforståelse som vi tar med oss inn i samhandling med andre mennesker og hvordan vi da tolker og forholder oss til andre sin atferd (Røkenes & Hanssen, 2012).

Andreperspektivet er hvordan andre opplever verden og er noe man må forholde seg til i kommunikasjon med andre mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012). Det vil alltid være at man treffer på mennesker med annet syn på verden enn en selv og det blir da viktig å huske på og respektere dette. Man må godta at mennesker har forskjellig erfaring og perspektiv på

livet, og ut i fra egen virkelighetsoppfatning og forståelse av verden kan andre sin være svært ulik.

## **4.0 Hva kan hindre samspillet mellom sykepleiere og muslimske pasienter?**

Dette kapittelet vil ta for seg problemstillingen i lys av forskning, teori og andre relevante kilder, samt egne erfaringer og syn på temaet.

### **4.1 Hvordan forholde seg til pasientens utøving av tro?**

I studien til Hasnain, Connell, Menon & Tranmer (2011) og i artikkelen til Mohammadi, Evans & Jones (2007) kommer det fram at bønn blir sett på som veldig viktig for muslimske pasienter. Det å utføre bønn fem ganger daglig er noe som er obligatorisk innenfor muslimsk tro, og veldig viktig for de som etterfølger den (Hasnain, Connell, Menon & Tranmer, 2011). Dette kan være vanskelig å utføre når man er innlagt på sykehus og kanskje ikke er like mobil som tidligere da ritualet rundt bønnen innebærer å vaske hender, underarmer, føtter og ansikt, samt rensing av ører og nese (Tveit, 2012). Det er ikke bare forberedelsen som krever mobilitet, men også selve bønnen da den utføres utstrakt på magen, stående og knelende (Tveit, 2012). Å hjelpe pasienten med dette fem ganger i en travel sykehushverdag kan være utfordrende for sykepleieren, selv om mange sykepleiere gir uttrykk for at de synes det er interessant å jobbe med minoritetspasienter (Alpers & Hanssen, 2008). Jeg har vært med å hjelpe en muslimsk pasient med tilrettelegging av bønn i praksis. For meg som student var dette lett med tanke på tid siden jeg ikke hadde det samme ansvaret som sykepleierne, likevel var det ikke en del av min tidligere hverdag i praksis. Heldigvis hadde min pasient med seg kompass for å finne Mekka, den retningen bønnen skal rettes mot. Dette kan hende at ikke alle pasienter tenker på. Det kan da skape problemer for sykepleiere å hjelpe pasienten da få sykehus etter min erfaring har kompass tilgjengelig eller skilt i sykehusbygningen som viser hvilken retningen Mekka ligger (Mohammadi, Evans & Jones, 2007). Selv om den muslimske pasienten trenger og ønsker hjelp kan det tenkes at det er vanskelig å be om hjelp hvis man ser en travel og opptatt sykepleier. Pasienter vurderer hele tiden sykepleiere og det som stikker seg fram som negativt er når vi utviser travelhet, uro og avvisning (Røkenes & Hanssen, 2012).

Det å yte transkulturell sykepleie innebærer å sette seg inn i den gjeldene kulturen, prøve å forstå ut i fra den og fokusere på hva som er viktig innad i den uten å legge sin egen forforståelse til. Det blir da viktig å finne ut hva pasienten opplever som god omsorg og pleie, samt å være bevisst på at man kan ha forskjellig syn (Mygind, 2005). Samtidig er det viktig å legge vekt på den faglige kompetansen man innehar som sykepleier. Et eksempel som kan gjøre transkulturell sykepleie vanskelig i praksis er fasting for muslimer under Ramadan. Selv om muslimer ved sykdom kan unntas fasten, kan det være en psykisk belastning å ikke overholde den da mange synes den er svært viktig og derfor ønsker å gjennomføre den likevel (Tveit, 2012). Som sykepleier kan det være vanskelig å forstå dette hvis man ser det ut ifra sin egen kultur. Derimot blir det vår oppgave å tilpasse oss pasienten sin livsstil og være solidarisk med valg som blitt tatt, men det tilsier likevel ikke at vi skal se bort fra vår kliniske kunnskap om viktigheten av god ernæringsstatus under sykdom. Det blir da viktig å gi pasienten muligheten å tilegne seg kunnskap fra sykepleieren på sine premisser og da kanskje inngå enighet om en nøye utarbeidet ernæringsplan som dekker dagsbehovet til den syke, når han/hun kan spise. Sykepleieren sin kunnskap blir da nyttet til å tilføre god næring de timene pasienten kan spise. Det kan også oppstå praktiske problemer i forhold til fasting da Ramadan i Norge er på cirka 18 timer i døgnet (Tveit, 2012). Sykehuskantiner har faste måltider, som da ikke nødvendigvis passer med fastingen for en muslimsk pasient. Selv om mange avdelinger har åpne kantiner der sykepleiere og pasienter kan gå å hente mat, kan utvalget være lite og kanskje ikke tilpasset muslimsk diett med tanke på for eksempel at de ikke spiser svinekjøtt. Mange pårørende tar gjerne med mat til pasienten, og det blir da viktig for sykepleieren å være behjelpelig med oppvarming og tilrettelegging for måltid (Tveit, 2012). Skal man hjelpe en muslimsk pasient med mat, medisiner og drikke er det viktig å huske på at måltid blir sett på som hellige og at man ikke skal servere noe med venstrehånden da denne blir sett på som uren (Tveit, 2012).

## **4.2 Når pasientens praktisering av tro vanskelig kan innlemmes i sykehusets rutiner**

I studien til Hasnain, Connell, Menon & Tranmer (2011) vektlegger de kvinnelige muslimene at helsepersonellet sine holdninger og tilrettelegging når det kommer til kjønn og tildekking ikke er tilstrekkelig. Forskningsartikkelen til Mohammadi, Evans & Jones (2007) påpeker også at de områdene muslimske pasienter anser som viktige, som tildekking og kjønnsavskilling

ikke blir tatt like mye hensyn til som det burde på grunnlag av utilstrekkelig kunnskap. Muslimer er nøye med å dekke til kroppen sin og det å bli stelt, undersøkt eller ha lite klær på seg foran en av motsatt kjønn kan oppleves negativt både for pasienten og slekten (Tveit, 2012). Det blir da viktig for oss som helsepersonell å tenke over dette før vi går inn på et pasientrom. Bank på og gi pasienten og pårørende tid nok til å dekke seg til (Tveit, 2012). Selv om man ønsker å respektere disse holdningene muslimske pasienter har til kjønn og tildekking, kan det by på problemer i en travel hverdag og da særlig hvis bemanningen er lav. Hva gjør man hvis en kvinnelig sykepleier ikke er tilgjengelig den dagen avdelingen får inn en muslimsk kvinnelig pasient? Det er kanskje lite sannsynlig at det ikke er noen kvinnelige pleiere på en avdeling da sykepleieryrket fortsatt er veldig kvinnedominert som også kan sees i studien til Alpers & Hanssen (2008) der 17 av deltakerne var menn mot 122 kvinner. Det som derimot kan hende er at de har andre oppgaver det kan være vanskelig å omgjøre, som for eksempel gruppeleder og lignende. Hvem skal da måtte tilpasse seg forholdene? Jeg vil tørre å påstå at de fleste pasienter, uansett kultur og religion, vil føle seg mer komfortable med en sykepleier av samme kjønn under stell og underlivsundersøkelser. Men på sykehus etter min erfaring blir ikke sykepleierne tildelt rom ut i fra kjønn. Alpers & Hanssen (2008) fant i sin studie at 61% av sykepleierne som ble spurt syntes at hensynet til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kommer i konflikt med hensynet til de etnisk norske pasientene. Her ble det dratt frem problemer knyttet til enerom og hvem som skal få det. Dette så da særlig sykepleierne på som et problem i forhold til antall besøkende, men det kom også fram at sykepleiere gav minoritetspasienter enerom framfor sykere etniske nordmenn på grunnlag av at de var lei av å bli kalt rasister (Alpers & Hanssen, 2008). Men hvem som skal ha enerom er ikke bare et etisk dilemma. Mange sykehus har for få enerom og det vil da dukke opp praktiske dilemma. I løpet av min praksis var det et par dager det var full kapasitet på avdelingen. Det var fullt på gangen og til slutt måtte et rom blandes, altså kvinner og menn måtte dele rom. Hvordan den muslimske pasienten og pårørende hadde taklet dette hvis det var de som måtte dele rom er vanskelig å vite, men Mohammadi, Evans & Jones (2007) setter segregering av kvinner og menn på avdelinger høyt på listen over viktige aspekter for en muslimsk pasient.



### 4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Effektiv kommunikasjon har positiv innvirkning på pasienttilfredstillelse, utfallet av sykdomsbehandlingen og hvor dedikert pasienten er til behandlingen (Hasnain, Connell, Menon & Tranmer, 2011). Det er ikke alle muslimer som behersker det norske språk like godt, og ved å være innlagt på sykehus kan det være en stressende situasjon der språkkunnskapene kan bli enda mer svekket, samt at sykdom, smerte og angst påvirker evnen til å uttrykke og oppfatte (Tveit, 2012; Hanssen, 2011). Det er også forskjell på hvordan man snakker i hverdagen om dagligdagse hendelser og når man er på sykehus med medisinske uttrykk og skal prøve å forklare hvor og hva som er problemet. Når vi kommuniserer betyr vår kulturbakgrunn mye for persepsjon og tolkning av verden, vi ser verden gjennom våre personlige «briller» eller «kulturfilter» (Hanssen, 2011). Jenkins sin definisjon på kultur sier noe om hvordan vi opplever verden og mennesker rundt oss på bakgrunn av blant annet erfaringer og handlinger vi gjør i våre dagligliv (Hanssen, 2005). Våre «kulturfilter» kan derfor være veldig ulike og det kan da hindre kommunikasjonen mellom en etnisk norsk sykepleier og en muslimsk pasient. For å oppnå effektiv kommunikasjon kan det da oppstå problemer når vår tolkning og måte å kommunisere på er forskjellig. Hanssen (2005) påstår at språk og kultur ikke kan skilles, man må ha kunnskap om samfunnet og kulturelle særtrekk, samt takt og tone mellom mennesker i den gjeldene kulturen. Dette merket jeg meg særlig under min praksis på et norsksenter for asylsøkere. En av dagene jeg var der hadde de om trafikksikkerhet. En av elevene spurte meg om jeg kunne hjelpe henne å forstå uttrykket «bløte trafikanter». Ja, det kan jeg lett gjøre, tenkte jeg. Vel, jeg sa at det var oss mennesker, vi som bevegde oss ute i trafikken uten motoriserte kjøretøy som bil eller moped. Dette gav for henne ingen mening, hun hadde jo lært at på norsk var vi «mennesker», «folk», «mann og dame», ikke «bløte trafikanter».

I tilfeller der språket er et hinder vil bruk av profesjonell tolk være gunstig. Ved å bruke familiemedlemmer som tolk kan mye av informasjonen forsvinner på grunnlag av de kanskje ikke har gode nok språkkunnskaper, men også fordi de kan kvi seg for å gi negativ informasjon som gjør den det gjelder lei seg. Alpers & Hanssen (2008) viser i sin studie at det er få sykepleier som har problem med å kommunisere med tolken eller er redd for at tolken oversetter feil. De er også trygge på at han sier ifra hvis misforståelser oppstår. Derimot så kom det fram i fokusgruppen at systemet rundt bestilling av tolk er vanskelig. Dessuten blir

tolk som oftest bare bestilt når det er til informasjonsgiving eller medisinske samtaler, og at i hverdagen blir det mer problematisk å kommunisere. Det å snakke med pasienten under stell eller medisinske prosedyrer der det er passende, er en god og viktig kilde for å innhente relevant informasjon om pasienten for en sykepleier. Dette forsvinner i mer eller mindre grad når kommunikasjonen er vanskeliggjort. Tar man i bruk tolk kan det også oppstå andre utfordringer, særlig for pasienten. Pasienten kan være redd for at det som blir sagt til tolken kommer videre til andre. Det blir da viktig å presisere at begge har taushetsplikt. Nyttige hjelpemidler som kan bedre kommunikasjonen der tolk ikke er tilgjengelig kan være telefontolk eller ordlister på de mest aktuelle språkene, sistnevnte innebærer jo at pasienten ikke er analfabet (Hanssen, 2005; Hanssen, 2011).

Uansett om pasienten behersker det norske språket eller ikke, blir det viktig for sykepleieren å være bevisst sitt eget perspektiv i samhandlingen. Man forstår andre ut i fra blant annet sin bakgrunn, men i møte med mennesker med annen bakgrunn er det viktig med kunnskap om den. Har man kunnskap om muslimsk tro kan det være lettere å forholde seg til det som blir sagt og gjort av pasienten ved å forstå ut i fra andreperspektivet og være klar over hvordan andre ser på verden (Røkenes & Hanssen, 2012). Muslimske pasienter legger stor vekt på sykepleier sin holdning når det kommer til å sitte igjen med et positivt inntrykk etter en samhandling (Hasnain, Connell, Menon & Tranmer, 2011). Holdningene vi går inn med når vi møter en pasient kan både være negative og positive på bakgrunn av hva vi har opplevd i lignende situasjoner før. I forskningen til Alpers & Hanssen (2008) kommer det fram at muslimer er en av de tre gruppene av minoritetspasienter sykepleiere synes det er vanskeligere å forholde seg til enn andre. Dette bygger nok på tidligere erfaringer og kan skape problemer i møte med neste pasient som er muslim. Dette kan også merkes av pasienten selv da pasienter vektlegger blant annet imøtekommenhet, vennlighet, at vi viser interesse og er lyttende i vår væremåte (Røkenes & Hanssen, 2012). Å uttrykke disse personlige trekkene kan være vanskelig hvis sykepleieren har en forutinntatt holdning til pasientgruppen. Derimot så er det slik at egenperspektivet kan endre seg etter møte med den muslimske pasienten og stereotypien forblir stereotypi med endringer, og utvikler seg da ikke til å bli fastlåste fordommer. Men det er viktig å merke seg at man som sykepleier kan ha positive holdninger/følelser rundt en bestemt pasientgruppen samtidig som man kan

føle gruppen er spesielt utfordrende eller vanskelig å samarbeide med (Alpers & Hanssen, 2008).

Det som blir nevnt i studien til Alpers & Hanssen (2008) i forhold til hva som gjør at sykepleiere syns muslimer er vanskelig å forholde seg til er at de oppleves som lite integrert i det norske samfunn. Her kommer vi inn på egenperspektivet igjen. Det blir da viktig å prøve å se situasjonen gjennom andreperspektivet for å forstå og respektere de handlingene den muslimske pasienten gjør som gir inntrykk av å ikke være integrert. Men hvorfor peker sykepleiere på at dette er et problem i møte med pasienten? Studien til Alpers & Hanssen (2008) viser at 66% av sykepleierne sier de i større eller mindre grad prøver å etterkommer pasient og/eller pårørendes krav, dette kan vise at de ekstra behovene det kan gis uttrykk for at muslimske pasienter trenger, er sett på som viktige for holistisk pleie av sykepleierne. Under «oppleves som lite integrert» blir blant annet visittider og antall besøkende dratt fram. Vi har alle forskjellig syn på hva som er «rett og galt» når det kommer til for eksempel retningslinjer på besøkstider. Familie og fellesskap står sterkt i den muslimske tro og samhørighetsfølelsen kan være sterk (Tveit, 2012). Muslimske pasienter kan ha besøk fra tidlig morgen til sent på kveld til tross for at sykehus har fastsatte besøkstider (Alpers & Hanssen, 2008). Dette kan skape frustrasjon for sykepleieren når hun/han skal ta sårstell, sette PVK eller andre medisinske prosedyrer hvis besøket ikke vil eller forstår hvorfor de må forlate pasienten. En annen ting som kan gjøre at besøket blir en utfordring er i forhold til medpasienter eller pasienten det gjelder. Studien til Alpers & Hanssen (2008) viser nemlig at 41% av sykepleierne føler de strekker seg for langt med tanke på behovene til minoritetspasienter enn andre pasienter. Sykepleiere kan ha forskjellig syn på hvilke hensyn de skal ta i forhold til å strekke seg for langt for pasienten. En sykepleier ville kanskje ha latt besøket være der på grunnlag av at hun/han vet familie er viktig for den muslimske pasienten. En annen sykepleier ville kanskje ha gitt beskjed om at de ikke kunne være der utenom besøkstider som et hensyn til pasienten og medpasienter med tanke på støynivå og viktigheten med hvile.

#### **4.4 Kunnskap, kompetanse og tilpassing**

Alle tre artiklene i denne oppgaven viser at det er viktig med kunnskap og kompetanse om muslimske pasienter. Likevel kan man ikke som sykepleier vite alt om hverken muslimsk tro eller de mange andre trosretningene. I studien til Alpers & Hanssen (2008) vises det at de

sykepleierne med lengst erfaring opplever at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasienter når det kommer til å gi god omsorg og pleie. Dette gjelder også de med kortest erfaring. Ut i fra dette kan man jo spørre seg hva som må til for å øke følelsen av kompetanse når hverken erfaring eller nylig utdanning spiller en rolle? Sykepleieryrket er et yrket man hele tiden må oppdatere seg innenfor og man kan lære noe nytt hver dag. Man skulle da tro at lang erfaring skulle medføre høyere kompetanse i forhold til minoritetspasienter. Men det kan også hende at de med lengst erfaring er så flinke i sin utøving av yrket at de er mer bevisste på hva de ikke har nok kunnskap om (Alpers & Hanssen, 2008). Som nyutdannet har man jo mindre erfaring, derimot så kommer man rett fra skolebenken der kunnskapen er friskt i minnet. Så hvorfor føler heller ikke disse at de har tilstrekkelig kunnskap? Er det for lite fokus på kultur og møte med menneskene fra ulike kulturer under utdanningen? Eller blir sykepleieryrket sett på som så universalt at helhetlig pleie ikke kan skilles mellom kultur eller religion og at det da ikke spiller noen rolle hvilken bakgrunn man har? Det som for meg virker litt motsigende er at på skolen lærer vi mye om individualisert sykepleie og at ingen er like, at man skal ta med pasientens erfaringer og ønsker med i utarbeidelsen av sykepleie. For de som etterfølger den muslimske tro vil dette da spille en stor rolle. Likevel kan man kanskje tenke seg at alle mennesker føler det på kroppen når noen utviser omsorg og respekt selv om man kanskje ikke kan mye om deres religion. Derimot kan man klare å lære seg hovedaspektene og hva som blir sett på som viktigst i ulike religioner. Dette kan da muligens øke både pasienten sin opplevelse av respekt og verdighet, men også at sykepleiere føler seg mer trygg i møte med de det gjelder.

Som nevnt må man som sykepleier holde seg faglig oppdatert. Er det noe jeg er usikker på når jeg er i praksis så leser jeg meg opp om temaet, jeg husker kanskje ikke hver detalj, men mye sitter igjen til neste gang jeg treffer på det. Men blir dette også gjort hvis man er usikker på en religion eller kultur? På skolen hører vi mye om «ansvar for egen læring». Dette er det mye sannhet i, men det burde også bli tilrettelagt for det. I arbeidslivet blir det kanskje mer fokusert på å lese seg opp på det faglige og medisinske på fritiden i stedet for å lære seg om det mellommenneskelige. Det sykehuset jeg var på i min praksis hadde hver onsdag en time med undervisning for personalet, det kunne være om en ny katetertype eller ny salve for kroniske leggsår. Jeg opplevde ikke én gang på over 4 måneder at undervisningen dreide seg om mellommenneskelige forhold. I følge Helseforetaksloven § 1-1 (Helseforetaksloven,

2001) skal helseforetakene blant annet legge til rette for undervisning og alle pasienter skal få gode og likeverdige tjenester, uansett for eksempel etnisitet. I alle studiene kommer det tydelig fram at det trengs økt kompetanse og kunnskap på områder knyttet til muslimske pasienter.

Endringer er aldri enkle å gjennomføre, enten det gjelder enkeltindivider eller institusjoner. Det tar tid, god planlegging og gjennomføring. I mange tilfeller er det også vanskelig å vite hvem som må endre eller tilpasse seg. Står hele ansvaret på sykepleiere og sykehus? For de fleste er det å være innlagt på sykehus ikke en del av hverdagen, det er noe som bryter med det normale i livet og gjør at man kommer i en sårbar situasjon, både fysisk og psykisk. Min personlige mening er at er man innlagt på sykehus så er det i og for seg et møte med en annen kultur. Kan man da forvente at pasienten er den som må tilpasse seg? Man kan ikke noe for at man er blitt syk og trenger hjelp. Det man kanskje kan prøve er å gi dem god informasjon om hvordan ting foregår, hva de kan forvente seg og hva de har krav på. Slik kan man kanskje unngå misforståelser og forventninger som kolliderer da deres kultur kanskje har en annen måte å gjøre ting på. Sykepleiere burde utdannes bedre til å møte pasienter med annen etnisk bakgrunn og få jevnlig veiledning og opplæring (Hanssen, 2010).

## 5.0 Konklusjon

Muslimske pasienter som har en annen kultur og språk og blir innlagt på sykehus kan nok føle seg fremmed og usikker. Dermed kan også grunnlaget for god informasjonsgiving fra sykepleieren sin side bli utfordrende. Dette kan da gjøre at pasienten blir usikker siden han ikke kan nytte seg av informasjonen på en god måte og sykepleieren sin kompetanse ikke er god nok i forhold til pasienten sine behov. Det blir da viktig at sykepleieren har god nok kompetanse om den muslimske tro, men samtidig husker på at alle er individ med ulike behov, selv om man er muslim. Det er ingen «oppskrift» på hvordan forholde seg til muslimske pasienter. Likevel mener jeg det er viktig å vite om de ulike aspektene og være lydhør for hva pasienter ser på som viktig i sin pleie. «Det finnes bare en rase- mennesket. Det finnes bare ett språk- Hjertertets. Det finnes bare en religion- Kjærligheten» (Siv Førde, 28.01.2014). Dette sitatet syns jeg er veldig godt. Men det jeg føler jeg har kommet fram til i denne oppgaven er at det kanskje ikke alltid er nok å bare være medmenneske. Selvfølgelig kommer man langt med gode holdninger, respekt og omsorg, men fra pasienten sin side blir

det særlig påpekt at disse holdningene ikke kommer utenom kunnskap om den muslimske livsutfoldelsen da det er en så stor del av livet deres. Mangel på kunnskap og kommunikasjonsproblemer kan være et stort hinder for å oppnå et godt samspill mellom sykepleiere og muslimske pasienter. Kanskje på grunn av dette burde det bli lagt mer fokus på kulturell kompetanse under utdanning og i arbeidslivet da dette er en gruppe mennesker det norske helsevesenet vil møte mer og mer på.

## Litteraturliste

Alpers, L. M & Hanssen, I. (2008). *Sykepleiers kompetanse om etniske minoritetspasienter*.

Lovisenberg Diakonale Høgskole: Lovisenberg Diakonale Sykehus.

As, A. & Flaten, B. (2011). Helhetlig omsorg. Hentet 25.09.2014, fra

<http://ndla.no/nb/node/77230>

Dahl, Ø. (2013). *Møte mellom mennesker – innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo:

Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Daugstad, G. & Østby, L. (2009). Det flerkulturelle Norge; et mangfold av tro og livssyn.

*Samfunnsspeilet*, 2009/3. Hentet fra <http://ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/et-mangfold-av-tro-og-livssyn>

Hanssen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug

(Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 135-158). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hanssen, I. (2010). Etniske minoriteter. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.),

*Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (s. 38-50). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hasnain, M., Connell, J. K., Menon, U. & Tranmer, A. P. (2011). Patient-Centered Care for

Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *Journal of Women's Health*, 20(1), 1-13. DOI: 10.1089=jwh.2010.2197.

Helseforetaksloven (2001). Lov om helseforetak m.m. Hentet fra

[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL\\_1#§5](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_1#§5)

Mohammadi, N., Evans, D. & Jones, T. (2007). Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*, 13: 310–315. doi: 10.1111/j.1440-172X.2007.00643.x

Mygind, G. (2005). Kultur og sygepleje. J. Bydam & M. J. Hansen (Red.), *Sygeplejens*

*fundament 1* (s. 296-327). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs Etiske Regler*. Hentet 01.10.14 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Røkenes, H. O & Hanssen, H.-P. (2012). *Bære eller briste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja, 1. januar 2013*. Hentet 20.10.14, fra <http://ssb.no/trosamf>

Tveit, H.-T. (2012). Sykepleie til alvorlig syke og døende muslimer. *Sykepleien* 2012 100(12), 66-68. doi 10.4220/sykepleiens.2012.0126